ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 45 (62). Rocznik II. | Kraków, 9. 11. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie, Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim, bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Fritz MÜLLER: Konferencja w sprawie prac Wydz. Spraw Zdrowotnych Rządu Generalnego Gubernatorstwa w Krynicy-Zdroju 297
Dr. WAIZENNEGGER: Kliniczne spostrzeżenia poczynione nad chorymi na dur osutkowy w Radomiu 299
Obwieszczenia i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia 301

Konferencja w sprawie prac Wydz. Spraw Zdrowotnych Rządu Generalnego Gubernatorstwa w Krynicy-Zdroju

Jesienna konferencja w sprawie prac Wydziału Spraw Zdrowotnych w Głównym Wydziale Administracji Wewnętrznej Rządu Generalnego Gubernatorstwa odbyła się w dniach od 13 do 16 października 1941 r. w Krynicy-Zdroju pod przewodnictwem Gebietsgesundheitsführera, prezydenta Wydziału Dra Walbauma. Poza referentami Wydziału w Rządzie, jak również w urzędach okręgów, oraz poza lekarzami urzędowymi przy starostwach powiatowych i miejskich, w posiedzeniu wzięli udział lekarze naczelni niemieckich szpitali w Generalnym Gubernatorstwie, jak również kierowniczy oficerowie sanitarni siły zbrojnej, ϟϟ i policji. W konferencji brało udział okrągło 200 uczestników..

Konferencja, która trwała 5 dni, przyniosła bardzo interesujące referaty aktualne, przede wszystkim w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych.

Pierwszy referat wygłosił zastępca Kierownika Wydziału Spraw Zdrowotnych w Rządzie, radca sanitarny Dr. Buurman, na temat „Dur osutkowy w Generalnym Gubernatorstwie i jego zwalczanie". Opierając się na materiale liczbowym, referent dowiódł, że dur osutkowy w okręgu krakowskim nie doznał powiększenia, podczas gdy w innych okręgach dur osutkowy wzrasta odpowiednio do wahań sezonowych. Jako ogniska duru osutkowego stwierdzono wyłącznie ghetta, z których wyszły drobniejsze ogniska zakaźne na wsie. Rozpowszechnianie się należy przypisać bezsprzecznie niedyscyplinowanemu zachowaniu się żydów, co wyraża się szczególnie w ich wałęsaniu się z miejsca na miejsce. Tak np. lekarz miejski w Warszawie pewnej żydówce, która wymknęła się z ghetta, mógł dowieść 11 przypadków zakażenia, spowodowanego przez nią. Jako dalszy przykład wskazano na pewnego żebraka żydowskiego, który — już przed wojną — jako ognisko zakażenia spowodował 200 zachorowań na dur osutkowy.

Gebietsgesundheitsführer, prezydent Dr. Walbaum przez mianowanie Kierownika Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie Prof. Dr. Kudickego nadzwyczajnym komisarzem dla zwalczania duru osutkowego w Generalnym Gubernatorstwie zastosował nadzwyczajne środki przeciw dalszemu rozszerzaniu się duru osutkowego. Dla pomocy komisarzowi nadzwyczajnemu mianuje się we wszystkich okręgach okręgowych komisarzy nadzwyczajnych, którzy znowu mają do dyspozycji aparat personelu pomocniczego, przede wszystkim kolumny dezynfekcyjne i epidemiologiczne. Dalej postawiono do dyspozycji potrzebne ilości benzyny, opału i środków do prania, tak, że przy pomocy tego szeroko zamierzonego zwalczania duru osutkowego uczyniono wszystko, co leży w zakresie możliwości. Dla pomocy komisarzom okręgowym przydzielono do dyspozycji 44 asystentów lekarskich, jak również 65 kolumn dezynfekcyjnych po 5 ludzi i 65 kolumn epidemicznych, każda po 4 męskie i 4 kobiece siły pomocnicze. Środki niezbędne dla tej akcji, w kwocie 8 milionów złotych, postawił do dyspozycji Generalny Gubernator. Rozporządzenie Generalnego Gubernatora, które ukaże się wkrótce, przewiduje ścisłą kontrolę przepustek żydów, których napotka się poza obrębem ich okręgu mieszkaniowego, oraz odpowiednie drakońskie postanowienia karne.

Prof. Dr. Kudicke podał ogólne zasady zwalczania duru osutkowego, tej — jak się wyraził — „choroby żydowskiej", — oraz wskazał na to, że

praktyka w Warszawie przy tworzeniu organizacji zwalczania duru dowiodła całkowitej nieudolności lekarzy żydowskich.

Lekarz miejski w Warszawie, radca sanitarny Dr. Hagen, podkreślił wywody Dra Buurmana i prof. Dra Kudickego, oraz na podstawie przejrzystych statystyk i wykresów graficznych przedstawił krzywe duru osutkowego i brzusznego, jak również przypadki gruźlicy w obrębie miasta Warszawy. Jako przyczynę duru osutkowego referent wymienił poza zawszeniem ludności, przede wszystkim żydowskiej, również gęstość zamieszkania. Ciekawe było stwierdzenie, że już przed wojną 40% wszystkich mieszkań warszawskich składało się z jednego pokoju, w którym mieszkało aż do 6 osób; stan, który jeszcze pogorszył się na skutek zniszczeń wojennych, a który znacznie sprzyja rozpowszechnianiu się duru osutkowego. Dalej rozszerzaniu się chorób zakaźnych sprzyja niedbalstwo i nieudolność szczególnie lekarzy żydowskich.

Po szczegółowym omówieniu stanu duru osutkowego, Dr. Hagen przeszedł do sprawy zwalczania gruźlicy w Warszawie. W jak wielkiej mierze wkroczyła w tę dziedzinę administracja niemiecka, wynika z tego, że zaledwie po półtorarocznej administracji niemieckiej z 13 poradni gruźliczych, istniejących przed wojną na obszarze miasta z tylko trzema przyrządami Röntgena, obecnie 10 wyposażono w aparaty Röntgena. Główną uwagę poświęca się zupełnemu ujęciu wczesnych przypadków i wczesnych postaci gruźlicy.

Następnie starszy lekarz wojskowy Dr. Steuer mówił na temat: „Próba aglutynacyjna z suchego rozmazu krwi przy chorobach zakaźnych i jej zastosowanie przy zwalczaniu występowania epidemicznego i endemicznego duru osutkowego".

Jako trzeci referent konferencji przemawiał lekarz naczelny niemieckiego szpitala okręgowego w Krakowie Dr. Bruns na temat: „Zwalczanie chorób wenerycznych w Krakowie".

Ośrodkiem zainteresowań drugiego dnia konferencji był referat lekarza sztabowego prof. Dra Hollera: „W sprawie wzmożonego występowania biegunek w czasie miesięcy letnich w Generalnym Gubernatorstwie", jak również odczyt lekarza sztabowego Dr. Corwina na temat: „Zaopatrywanie w wodę i usuwanie odpadków".

Następnie lekarz naczelny Dr. E. F. Rissmann, kierownik oddziału chorób wewnętrznych niemieckiego szpitala okręgowego w Krakowie mówił o „Lambliasis intestinalis".

Popołudnie drugiego dnia obrad poświęcono zwalczaniu jaglicy.

Pierwszy mówił na ten temat prof. Dr. Lauber, który po dokładnym przedstawieniu choroby i jej przebiegu wskazał na wielkie możliwości zarażenia w Generalnym Gubernatorstwie tą typową chorobą z brudu i wytyczył drogi dla jej zwalczania.

Jako drugi mówca wystąpił kierownik Stacji badania jaglicy w Krakowie Dr. Gönnert z referatem na temat: „Badania doświadczalne nad etiologią jaglicy", podczas gdy szereg referatów o jaglicy zamknął kierownik Referatu Administracji Ogólnej i Pracy w Wydziale Spraw Zdrowotnych Rządu Müller, mówiąc na temat: „Zarządzenia administracji cywilnej w Generalnym Gubernatorstwie dla zwalczania jaglicy".

Referaty, których nie omówiono bliżej w niniejszym artykule, omówimy osobno w jednym z najbliższych numerów naszego czasopisma, względnie zamieścimy całkowity przedruk referatu.

W ramach wewnętrznych konferencji Wydziału Spraw Zdrowotnych z kierownikami i referentami spraw zdrowotnych w urzędach szefów okręgów i starostw powiatowych i miejskich, jak również lekarzy naczelnych szpitali niemieckich, lekarz miejski ze Lwowa, dyrektor sanitarny Dr. Wiggers referował położenie, jakie zastała administracja niemiecka na odcinku spraw zdrowotnych w Galicji, a szczególnie w jej stolicy — Lwowie. Mówca wskazał na to, że w czasie panowania sowieckiego zdecentralizowano poszczególne biura urzędu zdrowia, a więc rozdzielono je na wszystkie dzielnice miasta, a właściwą administrację zdrowotną wciśnięto tylko do 4 małych pokoików. Znamienna dla kierownictwa spraw zdrowotnych w mieście Lwowie była okoliczność, że sowiety powierzyły kierownictwo urzędu zdrowia kandydatowi medycyny, który wszystkie podległe mu urządzenia przepełnił rozdmuchanym aparatem osobowym. Tak np. na jednym jedynym punkcie ratunkowym zatrudniono z czasem 27 lekarzy i lekarek. Pierwsze zarządzenie administracji niemieckiej na odcinku spraw zdrowotnych we Lwowie odnosiło się zgodnie z tym do centralizacji urzędu zdrowia, dokładnego rozgraniczenia zakresów pracy i właściwości każdego pracownika, jak również do redukcji personelu do liczby normalnej.

Po prostu katastrofalnie przedstawiały się stosunki w dziedzinie zaopatrzenia miasta Lwowa w wodę i w dziedzinie usuwania odpadków. Wszystkie pomyje i wody ściekowe Lwowa płyną bez oczyszczenia do małego potoku Pełtwi, który w obrębie miasta jest przeważnie zasklepiony, ale tuż za miastem wolno i otwarcie niesie przez okolice na przestrzeni 40 km cuchnącą brudną wodę. Administracja niemiecka zarządziła natychmiast zbudowanie oczyszczalni ścieków, względnie komór gnilnych, które już w najbliższym czasie usuną to źródło zarazy.

Film Akademii lekarsko-wojskowej w Berlinie, pod tytułem „Wojenna służba sanitarna" dał lekarzom zebranym na konferencji ciekawe wejrzenie w tę dziedzinę.

Ostatni dzień konferencji poświęcono szczegółowemu zwiedzeniu pod kierownictwem lekarzy-specjalistów urządzeń zdrojowych w Krynicy z jej 22 źródłami o najrozmaitszych wskazaniach.

Dyrektor uzdrowiska, komisarz miasta Nave w odczycie ilustrowanym przeźroczami, mówił o pięknie krajobrazu okręgu krakowskiego.

Referaty wygłoszone na konferencji były w znacznej części ilustrowane przeźroczami, odnoszącymi się przedewszystkim do zwalczania jaglicy, które to przeźrocza będą wyświetlane też w czasie kursów dla lekarzy powiatowych, mających się odbyć w listopadzie.

Obrady były nowym dowodem opieki administracji niemieckiej nad ludnością Generalnego Gubernatorstwa na odcinku spraw zdrowotnych. Dalszy dowód w tej sprawie będą stanowić oddziaływania wynikłe z konferencji.

Fritz Müller.

Kliniczne spostrzeżenia, poczynione nad chorymi na dur osutkowy w Radomiu

Rola stanów azotemicznych w przebiegu duru osutkowego

Zakomunikował: lekarz okręgowy Dr. Waizenegger

Możliwość obserwowania ponad 700 przypadków duru osutkowego, jaką mieliśmy w czasie epidemii, panującej w r. 1940/41, skłoniła nas do podjęcia próby ustalenia związku pomiędzy objawami względnie zmianami, jakie dały się zauważyć w czasie choroby, a przebiegiem choroby.

Chodziło nam o to, aby znaleźć jakiś związek stały nieskomplikowany o wartości prognostycznej, na którego podstawie możnaby przedmiotowo ocenić ciężkość choroby.

Jak wykazały spostrzeżenia na bogatym materiale, podobne porównanie jest trudno znaleźć.

Najczęściej występujący na zewnątrz objaw chorobowy — osutka — nie posiada naszym zdaniem żadnego szczególnego znaczenia prognostycznego.

Z 709 obserwowanych przypadków 245 przebiegało zupełnie bez osutki, przy czym względnie duża część tych ostatnich miała ciężki przebieg kliczniczny, a jeden nawet miał przebieg śmiertelny (9 przypadków); 129 przypadków należało oznaczyć jako przebiegające z nieznaczną osutką, a w przeciwieństwie do tego 13 na 16 przypadków z obfitą osutką krwotoczną miało przebieg pomyślny, aczkolwiek względnie ciężki.

Ilość chorych	Bez osutki	Z osutką		
		lekką	wybitną	krwotoczną
709	247	129	317	16
%	34,8	16,7	44,7	2,2
Śmiertelność				
38 (5,3%)	9	26		3

Uwaga: Na 38 przypadków śmiertelnych 7 chorych dostarczono w stanie agonii. Zmarli oni tego samego lub następnego dnia. 14 ze zmarłych było w wieku ponad 50 lat.

Objawy najcięższe i najgroźniejsze dla przebiegu choroby ze strony centralnego systemu nerwowego nie idą bynajmniej w parze z intensywnością i charakterem osutki.

Zjawiska te jako takie również nie mają żadnego rozstrzygającego wpływu na dalszy przebieg choroby. N. p. w wielu przypadkach występowały względnie wcześnie objawy ze strony opon mózgowych, jak sztywność karku, objaw Kerniga i t. p., które jednakże w dalszym przebiegu ustępowały względnie szybko, a nie były niekorzystne dla rokowania.

To samo dotyczy objawów ze strony układu krążenia.

Prawie we wszystkich przypadkach obserwowanych mogliśmy stwierdzić osłabienie krążenia, a szczególnie obwodowego, ze znacznym przyspieszeniem tętna i obniżeniem ciśnienia krwi.

W wielu przypadkach tony serca były szczególnie ciche; często spostrzegaliśmy znaczną sinicę, a nawet stany zapadu, które jednak doznały polepszenia i miały zejście pomyślne. Nie znaczy to bynajmniej, abyśmy nie doceniali znaczenia stanu układu krążenia w przebiegu choroby, ale uważamy, że nie jest to moment rozstrzygający i że jest on przyczyną zgonu tylko w całkiem nieznacznej ilości przypadków.

Cztery przypadki duru osutkowego u chorych z różnymi wadami serca miały przebieg pomyślny.

Wysokość miana aglutynacyjnego odczynu Weila-Felixa również nie była proporcjonalna do ciężkości schorzenia, albowiem zanotowaliśmy 30 przypadków ujemnych serologicznie, a częściowo klinicznie ciężkich.

Inne objawy kliniczne miały jeszcze mniejsze znaczenie dla stwierdzenia ciężkości choroby, jak powiększenie śledziony, które mogliśmy stwierdzić tylko w 42% przypadków, albo wynik badania moczu, wskazujący na zapalenie nerek (białkomocz, wałeczki moczowe, erytrocyty itd. — 46%); także i krzywa gorączki nie zezwalała na wyciągnięcie wniosków co do rokowania.

Ilość chorych	Obrzmienie śledziony	Ujemny wynik serologiczny	Objawy ze strony opon mózgowych
709	299	30	255
%	42	4,9	35,9

Meningitis: Co dotyczy obrazu chorobowego, to stwierdzamy, że zmiany ze strony centralnego układu nerwowego w postaci *meningo-encephalitis* są to objawy wysuwające się zupełnie na plan pierwszy i rozstrzygające.

Jest to zdumiewające, jak mało uwagi poświęcono w literaturze zarówno w dawniejszej, jak też i w najnowszej stanowi tak charakterystycznemu i dominującemu w przebiegu choroby, jaki przy durze osutkowym przedstawia niewątpliwie zapalenie opon mózgowych.

W poszczególnych przypadkach można najwyżej natknąć się na określenie „podrażnienie opon mózgowych".

Na podstawie materiału pozostającego nam do dyspozycji mogliśmy stwierdzić, że objawy ze strony opon mózgowych występują u 35,9% chorych.

Już ta liczba dowodzi, jak wybitne znaczenie przedstawiają zmiany w oponach mózgowych.

Izba Zdrowia zawiadamia lekarzy zamieszkałych w Krakowie, którzy nie zrealizowali jeszcze otrzymanych z Izby Zdrowia asygnat na węgiel i do tej pory nie pobrali węgla ze składu, że asygnaty niezrealizowane tracą ważność z dniem 10. XI. b. r.

Pod względem klinicznym mogliśmy stwierdzić rozmaite stopnie natężenia objawów, poczynając od lekkiej sztywności karku aż do klasycznego obrazu *meningitis*.

Nakłucia lędźwiowe, przeprowadzone w 173 przypadkach, wykazały prawie w 100% znaczne zwiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Badania laboratoryjne wykazały w przeważającej ilości płynów badanych wyraźne zmiany zapalne.[1])

Tak więc stwierdziliśmy płyny o zawartości białka od normalnej aż do 2,64‰. Pleocytoza wahała się między 3 a 396 w 1 mm^3 (przeważnie neutrofile). Największa ilość jednorazowo odpuszczonego płynu wynosiła 130 cm^3 (chory Nr. 925 B. A.)

Na ogólną ilość 123 płynów badanych stwierdzono:

wyraźnie zapalnych . . 62,
słabo zapalnych . . . 33,
niezapalnych . . . . . 28.

Poza tym należałoby wspomnieć, że na podstawie naszych spostrzeżeń płyny mózgowo-rdzeniowe w pierwszym tygodniu choroby przeważnie są niezapalne i dopiero od około 9 dnia zachorowania wykazują oznaki zapalenia.[2])

Tak więc po uwzględnieniu faktu, że w wielu przypadkach nakłucia lędźwiowe przeprowadzono w pierwszym tygodniu choroby dla celów badawczych, liczby, odnoszące się do płynów niezapalnych, są najmniej charakterystyczne w powyższym zestawieniu i z pewnością za wysokie.

Ciekawe jest, że w wielu przypadkach udało się nam stwierdzenie w płynach mózgowo-rdzeniowych zespołu Froin-Nonnego, który określa się jako charakterystyczny dla niektórych umiejscowień guzów mózgowych, a mianowicie:

1) zwiększenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego,
2) zabarwienie ksantochromowe,
3) tworzenie się w niektórych przypadkach w płynie *in vitro* delikatnego skrzepu włóknistego,
4) dysocjację komórek białkowych (wielka ilość białka i dodatnie odczyny globulinowe przy nieznacznej pleocytozie).

Ostatnie badania anatomo-patologiczne potwierdzają zupełnie nasze spostrzeżenia kliniczne („Med. Klinik.“, rocznik 1941, Nr. 17/18. Die pathologische Anatomie des Fleckfiebers, napisał prof. Dr. E. Randerath).

„Stosunkowo charakterystyczne zmiany występują w miękkich oponach mózgowych. Przy tym we własnym materiale tworzenie się guzków ustępuje miejsca zmianom bardziej rozlanym. Poza już wspomnianym przekrwieniem znajdujemy stale silny obrzęk, który wypełnia oczka siatek opon mózgowych miękkich, a obok tego luźne nacieczenia, rozlane względnie równomierne, komórkami, które prawie bez wyjątku, przynajmniej w największej części składają się z makrofagów.“

Encephalitis: Równie ważna, a nieraz nawet rozstrzygająca dla przebiegu choroby jest *encephalitis*.

[1]) Przez określenie „zapalny“ pojmujemy płyn mózgowo-rdzeniowy ze zwiększoną zawartością białka i wyraźnie dodatnimi odczynami globulinowymi.

„Lekko-zapalny“ zawiera nieznacznie zwiększoną ilość białka oraz słabo dodatnie odczyny Nonne-Apelta i Pandy'ego.

[2]) Także i wynik nakłuć lędźwiowych jest w tym samym czasie najkorzystniejszy pod względem leczniczym.

Klinicznie nie jest to objaw chorobowy tak stały, jak *meningitis*, a z całą pewnością udaje się ją stwierdzić tylko w najcięższych przypadkach.

Natomiast badania anatomo-patologiczne w każdym przypadku sekcjonowanym wykazywały zmiany w mózgowiu typowe dla duru osutkowego, szczególnie w otoczeniu naczyń w postaci guzków naczyniowych około-tętniczych, składających się z leukocytów o jądrach płatkowatych, przeważnie zaś z komórek pochodzących z elementów limfocytarnych i błony zewnętrznej *(adventitia)*.

Oczywista, te badania anatomo-patologiczne dotyczą tylko przypadków najcięższych z zejściem śmiertelnym; niemniej zezwalają one, w zgodzie ze spostrzeżeniami klinicznymi, na wyciągnięcie wniosku, że zmiany zapalne mózgowia występują ogólnie w przebiegu duru osutkowego. W ciężkich przypadkach udało się nam stwierdzić klinicznie następujące objawy charakterystyczne dla *encephalitis:* bóle głowy, uczucie znużenia, niepokój, bredzenie występują w większości przypadków.

Bardzo często występowały zjawiska wypadania, rozpoczynające się postaciami zupełnie nieznacznymi, jak opadaniem powiek, przejściowymi porażeniami kończyn aż do wyraźnego porażenia połowiczego.

Również często występuje zjawisko Babińskiego, odruch stopowy, nierówność odruchów brzusznych i jądrowych, dalej stany przebiegające ze zmianą napięcia mięśniowego, czy to w postaci porażenia z hipotonią mięśni czy też na odwrót z hipertonią mięśni. Szczególnie charakterystyczne są też stany hiperkinetyczne w postaci poruszeń myoklonicznych o różnym natężeniu.

Często mogliśmy obserwować stany kurczowe w zakresie muskulatury mimicznej, które wywoływały albo obraz śmiechu podobnego do *„risus sardonicus“*, albo otwarcie ust, wywieszenie języka itd.

Rzadko spostrzegaliśmy napady typu epilepsji Jacksona z deviation conjugée (4 przypadki, które doprowadziły *ad exitum);* w małej liczbie przypadków mogliśmy stwierdzić podobieństwo obrazu chorobowego z *paralysis agitans,* z rzucającą się w oczy nieruchomością chorego, twarzą podobną do maski, zaburzeniami naczyniowo-ruchowymi, z obfitym wydzielaniem gruczołów łojowych (twarz błyszcząca od tłuszczu). Wspomniane powyżej objawy mózgowe zobrazował wyczerpująco prof. Fritz Munk w artykule p. t. „Über die zerebralen Krankheitserscheinungen beim Fleckfieber“ (Med. Klinik Nr. 17 rocznik 1940).

Wszystkie te zmiany stale ustępują w przypadku pomyślnego przebiegu choroby. Nawet w przypadku Nr. 348 (K. R.) z całkowitym porażeniem połowiczym, które trwało bez zmian przez kilka tygodni po ustaniu gorączki, od pewnego momentu zauważono powolne ale stałe ustępowanie porażeń. Chora opuściła szpital o własnych siłach z lekkim niedowładem kończyny górnej przy tendencji do całkowitego wyzdrowienia.

Bardzo interesujące są zmiany, które przebiegają w postaci rozmaitych psychoz.

Obok typowych psychoz pozakażeniowych spostrzegaliśmy przypadki podobne do stanów katatonicznych przy schizofrenii z *flexibilitas cerea* itd., rzadziej stany o charakterze maniakalnym, które wzmagały się aż do stanu psychoz ostrych.

Odnosimy wrażenie, jak gdyby postaci katatoniczne mogły występować u typów schizoidalnych, a postaci maniakalne u typów piknicznych.

Wszystkie wymienione powyżej zmiany ze strony centralnego układu nerwowego towarzyszyły zawsze najcięższym przypadkom, ale nie zezwalają na przewidzenie dalszego przebiegu choroby, gdyż w wielu przypadkach nawet przy największym natężeniu objawów mózgowych dalszy przebieg jest pomyślny. W innych przypadkach objawy te wzmagają się i pomimo początkowo pomyślnego stanu chorego nieuniknienie prowadzą *ad exitum*.

Dlatego też musieliśmy szukać innych kryteriów prognostycznych.

(C. d. nastąpi).

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Krakau.

Krakau, den 12. Oktober 1941.

ANORDNUNG Nr. 40

Betr.: **Zahnärztliche Heilanstalten und Ambulatorien**

Auf Grund der weiterhin in Kraft gebliebenen Vorschriften der Verordnung des Präs. der Rep. Polen vom 22. III. 1928 betreffend Heilanstalten (Gesetzblatt Nr. 38 Pos. 382) ist unter Heilanstalt eine solche Anstalt zu verstehen, in der Kranke zwecks Behandlung und Pflege bzw. ärztlicher Beobachtung und Beratung Aufnahme finden.

Unter Ambulatorien dagegen ist eine solche Anstalt zu verstehen, in der nichtbettlägerigen Kranken ärztliche Hilfe erteilt wird. (Art. 1, b und 63).

Was die zahnärztlichen Heilanstalten bzw. Ambulatorien anbelangt, so sind diese nach der obigen Verordnung besondere Anstalten, die ausschliesslich zur Behandlung von Zahn- und Mundkrankheiten bestimmt sind (Art. 2. Pkt. b. und Art. 64. Pkt. b.) Für diese haben ausser den oben erwähnten noch besondere Vorschriften Anwendung, und zwar der Artikel 8 der Verordnung des Präs. der ehem. Republik Polen vom 10. VI. 1927 über die Ausübung der Zahnpraxis (Gesetzblatt Nr. 4 vom Jahre 1934. Pos. 32)

Zwecks Registrierung und Nachprüfung der Berechtigung zur Führung einer zahntechnischen Anstalt bzw. von Ambulatorien ordne ich an:

1. Alle im Generalgouvernement tätigen zahnärztlichen Heilanstalten und Ambulatorien müssen bei der zust. Distriktsgesundheitskammer zur Registrierung angemeldet werden.
2. Die Anmeldepflicht betrifft auch die zahnärztlichen Praxen, die in anderen ärztlichen Heilanstalten oder Ambulatorien allgemeiner oder spezieller Natur geführt werden.

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Kraków.

Kraków, dnia 12 października 1941.

ZARZĄDZENIE Nr. 40

Dotyczy: **Lecznic i przychodni lekarsko-dentystycznych.**

Stosownie do będących nadal w mocy przepisów Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 382) lecznica jest zakładem leczniczym dla osób, potrzebujących stałego pomieszczenia w celu leczenia i pielęgnowania względnie obserwacji i porady lekarskiej — natomiast przychodnia jest zakładem leczniczym przeznaczonym do udzielania pomocy lekarskiej przychodzącym chorym (artykuły 1, b i 63).

Jeżeli idzie o lecznice względnie przychodnie lekarsko-dentystyczne, to zgodnie z postanowieniami wspomnianego rozporządzenia (art. 2 pkt. b i art. 64 pkt. b) są to zakłady lecznicze specjalne, przeznaczone wyłącznie dla chorych z chorobami jamy ustnej i zębów, do których niezależnie od przepisów powyższego rozporządzenia mają ponadto zastosowanie przepisy specjalne, zawarte w art. 8 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10. VI. 1927. (Dz. Ust. Nr. 4 z r. 1934 poz. 32.)

Celem rejestracji oraz sprawdzenia uprawnień do prowadzenia lecznicy wzgl. przychodni lekarsko-dentystycznej zarządzam, jak następuje:

1. wszystkie czynne na terenie Gen. Gubernatorstwa lecznice i przychodnie lekarsko-dentystyczne winny zarejestrować się w terytorjalnie właściwej Okręgowej Izbie Zdrowia
2. obowiązek rejestracji dotyczy również gabinetów lekarsko-dentystycznych, prowadzonych przy lecznicach wzgl. przychodniach lekarskich ogólnych lub specjalnych

3. Die Anmeldung muss schriftlich bis zum 20. November 1941 nach beigefügtem Muster erfolgen, wobei der Termin strengstens innezuhalten ist.
4. Bei Nichtanmeldung im oben festgesetzten Termin kann der Verlust der Berechtigung zur Führung der Heilanstalt, des Ambulatoriums bzw. der im Pkt. 2. erwähnten Zahnpraxis veranlasst werden.

Der stellvertretende Leiter
Dr. Kroll
SA-Sanitätsoberführer

3. rejestracji dokonać należy pisemnie w nieprzekraczalnym terminie do dnia 20 listopada 1941 według poniższego wzoru zgłoszenia.
4. zaniechanie zarządzonego zgłoszenia w oznaczonym terminie może spowodować utratę prawa do prowadzenia lecznicy, przychodni wzgl. gabinetu lekarsko-dentystycznego, o którym mowa wyżej pod pkt. 2.

Stały zastępca Kierownika
Dr. Kroll
S. A. Sanitätsoberführer

Stempel der Anstalt **Anmeldemuster**

ANMELDUNG
der zahnärztlichen Heilanstalt — Ambulatorium — Praxis.

1. Distrikt, Kreis, Ort
2. Genaue Anschrift
3. Bezeichnung der Anstalt nach dem Wortlaut des Schildes
4. Nähere Bezeichnung der Art der Anstalt (Heilanstalt, Ambulatorium, Zahnpraxis bei einer ärztlichen Anstalt — letztere ist näher anzugeben.)
5. Wer ist der Inhaber der Anstalt?
6. Wer ist der Leiter der Anstalt?
7. Namen, Vornamen und Berufstitel des ärztlichen Personals.
8. Ist ausser dem ärztlichen noch anderes Personal beschäftigt und in welcher Eigenschaft? (Namen, Vornamen und Art der Beschäftigung)
9. Auf Grund welcher Genehmigung wird die Anstalt geführt? (Eine Abschrift des Genehmigungsbescheides ist beizufügen)
10. Bemerkungen.

Ort und Datum — Stempel und Unterschrift

Pieczęć lecznicy (przychodni) **Wzór zgłoszenia**

ZGŁOSZENIE REJESTRACYJNE
lecznic, przychodni, gabinetów — lekarsko-dentystycznych.

1. Okręg, powiat, miejscowość
2. Dokładny adres
3. Nazwa (godło) zakładu leczniczego według używanego szyldu
4. Bliższe określenie rodzaju zakładu leczniczego (lecznica, przychodnia, gabinet lekarsko-dentystyczny przy lecznicy wzgl. przychodni i jakiej — ogólnej — specjalnej)
5. Kto jest właścicielem zakładu leczniczego?
6. Kto jest kierownikiem zakładu leczniczego?
7. Nazwisko, imię, tytuły zawodowe personelu lekarskiego
8. Czy zatrudniony jest prócz lekarskiego inny personel i w jakim charakterze? (nazwiska, imiona i rodzaj zatrudnienia)
9. Na podstawie jakiego zezwolenia prowadzony jest zakład leczniczy? (dołączyć odpis odnośnego zezwolenia)
10. Uwagi

Miejscowość i data — Pieczątka i podpis

Regierung des Generalgouvernements
Hauptabteilung Innere Verwaltung
Abt. Gesundheitswesen

Krakau, den 24. Oktober 1941.

BEKANNTMACHUNG

Die Preise für nachstehend aufgeführte Erzeugnisse der Firma ASID SERUM-INSTITUT WARSCHAU A. G., Warschau, werden erhöht:

	Reg. Nr.	Apotheken-Einkaufspreis Zl.	Apotheken-Verkaufspreis Zl.
NEUROTININ AMPULL.	1538	3.30	4,95
CARBOSTIL			
Stäbchen zu 4 St.		2.—	3.—
FELLOGEN			
Tabl. zu 50 St.	1676	3.50	5.25

Im Auftrage:
Dr. Kleber

Główny Wydział Spraw Wewnętrznych
Rząd Generalnego Gubernatorstwa
Wydział Spraw Zdrowotnych

Kraków, dnia 24 października 1941

OBWIESZCZENIE

Podwyższa się ceny poniżej wymienionych wyrobów fmy ASID INSTYTUT SUROWIC W WARSZAWIE, Sp. Akc.

	Nr. rej.	Apteczna cena zakupu zł	Apteczna cena sprzedaży zł
NEUROTININ AMPULL.	1538	3.30	4.95
CARBOSTIL			
pręciki po 4 szt.		2.—	3.—
FELLOGEN			
tabl. po 50 szt.	1676	3.50	5.25

w z.
Dr. Kleber

Druk: Z. K. W. Kraków, Universitätsstraße 19a